|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 教　室　名 |  | | | | | | | |
| 保険証記号 |  | 被保険者番号 |  | 会社・事業所名 | |  | | |
| （フリガナ）  参加者氏名 |  | | | 性別 | 男　・　女 | | 年齢 | 歳 |
| 被保険者との続柄 | |  | | |
| 参加者住所 | 〒  電話 | | | | | | | |
| Ｅメール  アドレス |  | | | | | | | |

オンライン版　健康・介護教室　参加申込書

【個人情報の取り扱い】

参加申込書に記載された個人情報は、本教室の教材と視聴の為のＩＤ／パスワードを発送するため、教室の運営団体である（公財）総合健康推進財団に提供します。

